

Hélder Francisco Farinha Gonçalves Nunes

**A Relação entre as Estratégias de *Coping* e a Ansiedade e
Depressão em Pacientes com Cancro da Mama**

Tese de Mestrado

Psicologia Clínica e da Saúde

Tese defendida em provas públicas na Universidade Lusófona do Porto no dia 15 de Dezembro de 2016, perante o júri seguinte:

Presidente: Professor Doutor Diogo Lamela

Arguente: Professora Doutora Ângela Leite

Orientadora: Professora Doutora Susana Fernandes

Dezembro de 2016

É autorizada a reprodução integral desta tese/dissertação apenas para efeitos de investigação, mediante declaração escrita do interessado, que a tal se compromete.

Resumo

O cancro da mama e os seus efeitos psicossociais assumem-se como uma área de interesse para a psico-oncologia. Neste estudo procurou-se estudar a relação entre o *Coping* e a Ansiedade e a Depressão, numa amostra de mulheres com cancro da mama, avaliadas no Centro de Mama e na Comunidade. Os instrumentos usados foram a HADS, o Mini- MAC e um Questionário Sociodemográfico. As principais conclusões revelam que o *Coping* e a Ansiedade e Depressão encontram-se correlacionados. Sendo que o uso do *Coping* de Desânimo- Fraqueza e Preocupação Ansiosa são preditores significativos de níveis mais elevados de Depressão e Ansiedade, respetivamente. Enquanto a utilização da estratégia de *coping* Espírito de Luta é um preditor significativo de níveis mais baixos de Ansiedade e Depressão.

Palavras-Chave: Estratégias de *Coping*, Ansiedade, Depressão, Cancro da Mama.

Abstract

Breast Cancer and its psychosocial effects assume themselves as a área of interest to psychoncology. The goal of this study is to know the relationship between Coping and Anxiety and Depression, in a breast cancer sample, assessed in Centro de Mama and in the Community. The measures used were HADs, Mini- MAC and a Sociodemographic Questionnaire. The main conclusions were that Coping and Anxiety and Depression did correlate. The use of Coping of Hopelessness- Weakness and Anxious Preoccupation respectively. While the use of Coping strategy Fighting Spirit is a significant predictor of lower levels of Anxiety and Depression.

Key-Words: Coping Strategies, Anxiety, Depression, Breast Cancer

Índice

Resumo.....	iii
Abstract.....	iv
Índice.....	v
Introdução.....	6
Metodologia.....	13
Objetivos.....	13
Hipóteses.....	14
Variáveis estudadas.....	14
Tipo de estudo.....	14
Amostra.....	15
Instrumentos.....	18
Procedimento.....	19
Análise de dados.....	19
Resultados.....	20
Discussão.....	26
Conclusão.....	29
Limitações do estudo.....	29
Referências bibliográficas.....	31

Introdução

O cancro de mama é a principal causa de morte por cancro entre as mulheres em todo o mundo (Organização mundial de saúde, 2016). O cancro de mama e os seus efeitos são de grande relevância para a Oncologia, mas ainda que a maioria das mulheres responda bem ao diagnóstico de cancro de mama (Baker, Marcellus, Zabora, Pollard, Jodrey, 1997, citados por Sharpley & Christie, 2007), o comprometimento a nível psicossocial é assinalável (Feigen, Greenberg, Ras *et al*, 2000, citados por Sharpley & Christie, 2007). Para as mulheres, o cancro de mama é visto como uma doença assustadora devido à alta taxa de mortalidade, além disso, a mama é considerada um símbolo da feminilidade e da sexualidade da mulher (Yankaskas, 2005, citado por Lueboonthavatchai, 2007).

O impacto do Cancro da Mama na Saúde Mental das Pacientes foi estudado por vários autores entre os quais Mehnert (2008), e também Deshields, Tibbs, Fan e Taylor (2006), e ainda por Burgess, Cornelius, Love, Graham, Richards, Ramirez (2005), que revelaram que a prevalência de distress psicológico entre as pacientes com cancro de mama é elevada, havendo um risco elevado das pacientes desenvolverem potenciais perturbações de humor, depressão e ansiedade severas (Vahdaninia, Omidvari, Montazeri, 2009).

No que respeita especificamente às Perturbações de Humor e de Ansiedade, vários estudos têm demonstrado que as pacientes com cancro de mama obtêm pontuações elevadas na escala *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) evidenciando-se mudanças nestas pontuações ao longo do tempo, indicando que existe um processo de adaptação. O resultado geral é de que a depressão e a ansiedade estão mais presentes logo após o diagnóstico e de que diminuem durante a terapia oncológica e posteriormente com o tempo (Jadoulle, Rokbani, Ogez *e col.*, 2006; Bang, Se, Hee *e col.*, 2005; Iconomou, Mega, Koutras, Iconomou, Kalofonos, 2004; Geinitz, Zimmermann, Thamm, Keller, Busch, Molls, 2005, citados por Schwarz *et al.*, 2008). Segundo Schwarz *e col.* (2008), numa amostra composta por mulheres com cancro de mama e cancro ginecológico (n=367) que foram avaliadas no início e no final

do tratamento, 6 e 12 meses mais tarde, usando o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS). Os resultados revelaram que os valores de ansiedade e depressão eram superiores no começo da estadia no hospital. Depois de 1 ano os valores da depressão foram similares aos da população geral, enquanto os valores da ansiedade permaneceram elevados. A diminuição dos valores da HADS aparece associada ao tratamento, tempo desde o diagnóstico e educação (Schwarz *et al.*, 2008). Contudo, o estudo possui algumas limitações já que não foram formuladas hipóteses e o estudo incluiu casos com diferentes diagnósticos e estádios do processo de doença. O estudo contudo foi útil na medida em que revelou uma relação entre educação e alteração dos valores da HADS. Num outro estudo, realizado por Moreira, Silva e Canavarro (2008), concluiu-se que as mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama apresentaram-se mais ansiosas e exibiram os piores resultados no domínio físico e na faceta geral da QOL (Moreira, Silva & Canavarro, 2008).

Relativamente à associação entre o Distress psicológico e o risco de progressão da doença, Satin, Linden e Phillips (2009) conduziram uma meta-análise com estudos prospetivos que examinaram a associação entre sintomas depressivos ou depressão major/minor e o risco de progressão da doença e mortalidade em pacientes com cancro da mama. Os autores concluíram que existe evidência de que a depressão prediz a mortalidade, mas não a progressão da doença, em pacientes com cancro da mama. Contudo a meta-análise possui limitações tais como a combinação de estudos que ajustam o efeito da depressão na mortalidade através de fatores clínicos vários. Seria mais rigoroso combinar apenas aqueles estudos que controlam os mesmos fatores. Contudo, não há estudos que incluam os mesmos prognosticadores clínicos que permitam comparações significativas (Satin, Linden & Phillips, 2009).

Num outro estudo, realizado por So *e col.* (2010), procurou-se averiguar as consequências de perturbações psiquiátricas como as da ansiedade com o objetivo de examinar a ansiedade e a depressão e os seus efeitos na Qualidade de Vida (QOL) de pacientes com cancro de mama a realizar quimioterapia ou radioterapia. A amostra era constituída por 218 mulheres com uma idade igual

ou superior a 18 anos a realizar quimioterapia ou radioterapia, no estágio I-III do cancro de mama. Os autores chegaram à conclusão de que a ansiedade e a depressão tinham efeitos nocivos em todas as componentes da QOL destas mulheres (So *e col.*, 2010). Também Frick, Tyroller e Panzer (2007) corroboram o estudo anterior. Estes autores realizaram um estudo com o propósito de determinar o impacto das características da doença e da comorbilidade psicopatológica na Qualidade de Vida (QOL) de pacientes sujeitos a radioterapia em dimensões individuais e relativas à saúde, através de entrevistas semiestruturadas sobre aspetos relevantes da vida do participante, baseado no “Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life- Direct Weighting”. As pacientes também completaram o “European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC) QoL Questionnaire Core 30” e a HADS “Hospital Anxiety and Depression Scale. Os autores concluíram que a comorbilidade psicopatológica tem influencia considerável na QOL de pacientes a realizar radioterapia (Frick, Tyroller & Panzer, 2007). Outro estudo, realizado em Portugal, que tinha como objetivo avaliar a relação entre as estratégias de coping, a qualidade de vida (QdV) e o distress psicológico em doentes com cancro da mama, confirmou a existência de relações entre a QdV e o distress psicológico (ansiedade e depressão) (Pinho, 2015).

Tendo em consideração o impacto da ansiedade e depressão na adesão às terapias oncológicas, Hung *e col.* (2013), realizaram um estudo com o objetivo de avaliar a incidência e risco de perturbações de humor incluindo depressão major, ansiedade, e perturbações bipolares, em pacientes com cancro da mama. Concluíram que a presença desta comorbilidade psicológica tem repercussões importantes na adesão terapêutica, e na qualidade de vida, podendo influenciar os resultados dos tratamentos (Hung *et al.*, 2013).

Os estudos analisados demonstraram evidências fortes relativamente ao impacto negativo da ansiedade e depressão no prognóstico, qualidade de vida e adesão terapêutica das pacientes com cancro da mama. Assim, tornou-se indispensável perceber quais os fatores que levam a esses sintomas e perturbações com o objetivo de traçar avaliações e intervenções mais eficazes na sinalização e tratamento de certas vulnerabilidades tanto psicológicas como

sociais responsáveis por esses quadros clínicos. Um estudo realizado por Lueboonthavatchai (2007), com o objetivo de identificar a prevalência e fatores psicossociais associados à ansiedade e depressão em pacientes com cancro de mama concluiu que as perturbações de ansiedade e de depressão são das duas perturbações psiquiátricas mais comuns no cancro de mama. Segundo os autores os preditores mais significativos da ansiedade e da depressão nas pacientes com cancro de mama foram as relações e o funcionamento familiar pobre, resolução mal adaptativa de problemas e conflitos, e a presença de dor e fadiga (Lueboonthavatchai, 2007).

Outros autores referem que a ocorrência de distress psicológico severo entre as pacientes que sofrem de cancro de mama é devido a diversos fatores, tais como o distress advindo do tratamento, preocupações relativas ao medo de morrer e recorrência da doença; imagem corporal, sexualidade e atratividade alteradas, idade e escolaridade (Ganz, 2008; Baucom, Porter, Kirby, Gremore, Keefe, 2006; Helms, O’Hea, Corso, 2008, citados por Vahdaninia, Omidvari, Montazeri, 2009; Fernandes 2009; Oudsten, Heck, Van der Steeg, Roukema & De Vries, 2008). Este distress psicológico leva “a comportamentos de doença mal adaptativos por parte das pacientes, e piora o curso da doença e os resultados dos tratamentos”(Spiegel, 1996, citado por Lueboonthavatchai, 2007). Segundo Dodd (1997); Foltz *e col.* (1996); Greene, Nail, Fieler, Dudgeon, e Jones (1994), citados por Williams e Schreirer (2005), a ansiedade “interfere com o sono e aumenta a sensibilidade à fadiga”. A idade e escolaridade também foram referidas por Fernandes (2009) como variáveis importantes no ajustamento à doença e tratamento, apresentando as mulheres mais novas ou as que têm menos do que o ensino básico, maior vulnerabilidade psicossocial. Também a Personalidade, especialmente no que toca a traços como o neuroticismo e amabilidade, foi estudada, com o intuito de perceber a sua relação com o distress psicológico em pacientes com cancro da mama. Por exemplo, Oudsten, Heck, Van der Steeg, Roukema e De Vries (2008), conduziram um estudo com o objetivo de identificar preditores de sintomas depressivos 12 meses após o tratamento cirúrgico bem como a estabilidade dos sintomas depressivos ao longo dos 12 meses. Para este estudo utilizou-se um N

de 609 mulheres com cancro da mama. Foram utilizados instrumentos como um questionário de sintomas depressivos (Center for Epidemiological Studies— Depression Scale) administrado antes do diagnóstico e 1, 3, 6, e 12 meses após a cirurgia. Para além disso também completaram questionários de personalidade (State Trait Anxiety Inventory, Neuroticism-Extraversion-Openness-Five Factor Inventory), para a fadiga (Fatigue Assessment Scale), e aspetos da qualidade de vida (World Health Organization Quality of Life assessment instrument—100). Os autores concluíram que para além da fadiga, dos sintomas depressivos, a personalidade (especialmente o Neuroticismo e a Amabilidade) eram preditores dos sintomas depressivos 1 ano após a cirurgia (Oudsten, Heck, Van der Steeg, Roukema & De Vries, 2008).

Outros estudos focaram-se no impacto da regulação emocional no distress psicológico. A regulação emocional, segundo Sonnentag e Barnett (2011), refere-se a processos complexos de iniciação, inibição e modulação de aspetos conscientes das emoção para eficazmente conseguir objetivos. Apesar deste conceito, num nível mais básico, se refira ao controlo das próprias emoções, a teoria e a investigação relativa à regulação emocional tem reconhecido vários processos fisiológicos e cognitivos, e resultados comportamentais associados a diferenças individuais na capacidade de efetivamente regular as próprias emoções (Sonnentag & Barnett, 2011).

Por exemplo, Iwamitsu *e col.* (2005), examinaram a influência da ansiedade e da regulação emocional, neste caso a supressão emocional, no distress psicológico em 21 pacientes com cancro de mama e 72 pacientes com tumor benigno na mama. As pacientes com cancro de mama que suprimiam as emoções e que tinham elevados níveis de ansiedade crónica sentiam níveis de distress emocional mais elevados tanto antes como depois do diagnóstico, sendo portanto uma evidência de que o tipo de Regulação emocional tem impacto no distress psicológico em pacientes com cancro da mama (Iwamitsu *et al.*, 2005).

Para além dos fatores citados cujo impacto na ansiedade e depressão tem sido comprovado, o *Coping* tem sido um dos mais importantes devido a sua relação direta com estes quadros clínicos. Segundo Suls, David & Harvey,

1996, citados por Antoniazzi, Dell`Aglia & Bandeira, 1998, o *Coping* é concebido como o conjunto das estratégias utilizadas pelas pessoas para se adaptarem a circunstâncias adversas; os esforços despendidos pelos indivíduos para lidar com situações de stress, crônicas ou agudas, têm se constituído em objeto de estudo da psicologia social, clínica e da personalidade, encontrando-se fortemente atrelado ao estudo das diferenças individuais; historicamente, três gerações de pesquisadores têm-se dedicado ao estudo do *Coping*.

Diferenças marcantes podem ser observadas em suas construções, tanto a nível teórico quanto a nível metodológico, decorrentes de suas filiações epistemológicas (Suls, David & Harvey, 1996, cit. in Antoniazzi, Dell`Aglia & Bandeira, 1998). Numa perspectiva cognitivista, Folkman & Lazarus (1984) propõem um modelo que divide o *Coping* em duas categorias funcionais: *Coping* focalizado no problema e *Coping* focalizado na emoção. O *Coping* focado no problema centra-se nas causas do stress de forma prática; as estratégias focadas no problema que se centram na remoção ou redução do stressor são: Resolução de problemas, Controlo do tempo, e Obtenção de suporte social. O *Coping* focado na emoção envolve tentar reduzir as respostas emocionais negativas associadas ao stress tais como vergonha, medo, ansiedade, depressão, excitação e frustração. Esta pode ser a única opção realista quando a fonte de stress está para além do controlo da pessoa (Folkman & Lazarus, 1984).

Quanto à relação entre a Ansiedade e Depressão e o *Coping* sabe-se que se influenciam mutuamente. Por exemplo Celik *e col.* (2009) com o intuito de estudar a relação entre os níveis de Ansiedade e Depressão, as características de *Coping*, e a QOL, avaliaram pacientes com cancro da mama em follow-up, e concluíram que altos níveis de Ansiedade e Depressão influenciam o *Coping* com Cancro e QOL de forma negativa (Celik *et al.*, 2009). Um outro estudo, realizado com o objetivo de estudar os níveis de ansiedade, depressão e estratégias de coping em mulheres com cancro da mama, relacionou ainda que psicopatologia anterior aumentava os níveis de fatalismo (Urbano, 2010).

Ao focarmo-nos na importância das estratégias de *Coping* em quadros de doença crónica, também encontramos na literatura autores (John &

MacArthur, 1998, citados por Saniah & Zainal, 2010), que afirmaram que o Coping e Ajustamento apropriados são importantes em enfrentar doenças crônicas, especialmente durante o período de tratamento tais como a quimioterapia (John & MacArthur, 1998, citados por Saniah & Zainal, 2010). Quanto ao Cancro da Mama, Stanton *et al.* (2000), foram alguns dos investigadores que já tinham comprovado a relação entre certos tipos de *Coping* e a adaptação física e psicológica ao cancro da mama, por exemplo, estes investigadores realizaram um estudo que testou a hipótese de que o *Coping* emocional, que envolve ativamente expressar e processar emoções, aumenta o ajustamento e o estado de saúde em pacientes com cancro da mama; 92 pacientes completaram medidas em 20 semanas a seguir aos tratamentos médicos e 3 meses mais tarde; estas mulheres lidaram com cancro expressando emoções. O estudo concluiu que o *Coping* expressivo se relacionava com melhorias na qualidade de vida nestas pacientes, já que os resultados mostraram que as mulheres que adotavam como estratégia de coping a expressão emocional durante o cancro não vinham a tantas consultas relacionadas com o cancro, demonstravam uma maior saúde física, e também menor distress durante os 3 meses seguintes comparadas com as pacientes que demonstraram uma menor expressão emocional. O *Coping* de expressão emocional também se relacionou com o aumento da qualidade de vida para as pacientes que percebiam o contexto social mais recetivo (Stanton *et al.*, 2000). O estudo, no entanto, possui algumas limitações tais como o fato de que a avaliação do *Coping* e do ajustamento ter sido feita unicamente através de instrumentos de autorrelato não fazendo uso da avaliação comportamental, sujeitando o estudo a vieses provocados pela desejabilidade social tão associada a este tipo de questionário. Stanton voltou a estudar o fenómeno mas agora com o objetivo de investigar os mecanismos subjacentes do *Coping* expressivo na redução dos sintomas de ansiedade. No estudo, o ritmo cardíaco mediou os efeitos da expressão emocional nos sintomas físicos. A conclusão foi de que um maior uso de palavras emocionalmente negativas foram preditores de um declínio nos sintomas físicos, ainda que relatar o humor através da escrita e o expressar de emoções positivas em palavras não tenham sido mediadores significativos (Stanton & Low, 2006).

Outro estudo, realizado em Portugal, que tinha como objetivo avaliar a relação entre as estratégias de coping, a qualidade de vida (QdV) e o distress psicológico em doentes com cancro da mama, confirmou a existência de relações entre a QdV e o distress psicológico (ansiedade e depressão) (Pinho, 2015).

Sendo que estes estudos apresentados demonstraram que é possível encontrar uma relação entre tipos específicos de *Coping* e o bem-estar psicológico tão essenciais, como já foi exposto nesta revisão, ao sucesso e adesão onco- terapêuticas, levou-nos a questionar: “que estratégias de *Coping* estão associadas à ansiedade e depressão em pacientes com cancro da mama?” A resposta a esta questão seria útil na medida em que forneceria um foco de intervenção psicológica com o objetivo de reduzir não só as vulnerabilidades a estes quadros clínicos, tão comuns em pacientes com cancro da mama, mas também o impacto destes na adesão e sucesso às terapias oncológicas.

Resumidamente, estes estudos revelam que as pacientes com cancro da mama estão vulneráveis a perturbações de humor e ansiedade. Também segundo estes estudos o distress psicopatológico influencia a *QOL* e a adesão terapêutica e os seus resultados. O distress nestas pacientes é devido a tratamentos oncológicos, medo de morrer e da doença, e imagem corporal alterada. Outros estudos também revelam que a Ansiedade e Depressão e o *Coping* influenciam-se mutuamente. Tem sido comprovado que o *Coping* apropriado ajuda a enfrentar o Cancro, especialmente durante o tratamento.

Metodologia

Objetivo

O objetivo que orienta este estudo é investigar acerca das estratégias de *coping* que se encontram associadas à ansiedade e depressão, em mulheres com cancro da mama. Mais especificamente, pretende-se analisar a associação entre a ansiedade e a depressão e as estratégias de *coping*; e analisar o papel preditor das estratégias de *coping* ao nível da ansiedade e depressão; ou seja,

perceber se estratégias de *coping* mais pobres são preditoras de ansiedade e depressão, e ainda, se estratégias de *coping* mais positivas predizem níveis mais baixos de ansiedade e depressão.

Hipóteses

H1: Prevê-se que a Ansiedade e a Depressão se encontrem relacionadas com as Estratégias de *Coping*.

H2: Prevê-se que a Estratégias de *Coping* mais negativas (Desânimo-fraqueza, Preocupação ansiosa, Evitamento cognitivo e Fatalismo) sejam preditores significativos de níveis mais altos de Ansiedade e Depressão.

H3: Espera-se que a Estratégias de *Coping* mais positivas (Espírito de luta) sejam preditores significativos de níveis mais baixos de Ansiedade e Depressão.

Variáveis estudadas

As variáveis do estudo foram selecionadas em função das hipóteses.

Variáveis Psicossociais

As variáveis psicossociais selecionadas para este estudo foram variáveis emocionais e variáveis cognitivas e comportamentais.

Variáveis emocionais – ansiedade e depressão

Variáveis Cognitivas e Comportamentais – *Coping*

Tipo de estudo

O presente estudo é do tipo quantitativo e o estudo realizado foi do tipo exploratório, tendo em conta os objetivos que propusemos para a investigação.

Amostra

A população à qual se destinou este estudo foi constituída por mulheres com cancro da mama, que se encontravam a ser seguidas pelo Centro de Mama do Centro Hospitalar de São João (n=17), e por mulheres da população geral (n=23), também com cancro da mama e que preenchiam os critérios que permitiam a inclusão no estudo. Para o primeiro grupo da amostra obteve-se a aprovação do Comité de Ética e do Diretor de Serviço do Centro da Mama e Elo de ligação (responsável pelos casos clínicos da Psico-oncologia) do Centro Hospitalar de São João. A Recolha decorreu do mês de Fevereiro ao mês de Maio de 2016. Para a recolha das restantes participantes (n= 23) recorreu-se a uma técnica de amostragem não probabilística *Snowball Sampling*: duas participantes selecionadas, conforme os critérios de inclusão na amostra, convidaram novas participantes, segundo os mesmos critérios, da sua rede de amigos e conhecidos. Esta recolha decorreu do mês de Junho ao mês de Agosto de 2016. A participação das mulheres foi voluntária e gratuita, salientando-se a confidencialidade dos dados. O consentimento informado para colaborar voluntariamente no estudo foi obtido, em ambos os grupos.

Os critérios de inclusão no estudo foram: (1) ser do sexo feminino; (2) ter sido diagnosticada com Cancro da Mama; (3) ter idade compreendida entre os 18 e os 75 anos; (4) saber ler e escrever; (5) ser diagnosticada com um cancro entre o estágio I (Quando o tumor apresenta um tamanho inferior a 2 centímetros. Podem existir algumas células tumorais nos gânglios linfáticos mais próximos, como os da axila) a III (Neste estágio, o tumor pode ter qualquer tamanho e uma das seguintes características:

- O tumor expandiu-se para a parede do tórax e/ou para a pele da mama
- O tumor expandiu-se para, pelo menos, 10 gânglios linfáticos próximos
- O tumor expandiu-se para gânglios linfáticos próximos do esterno (osso localizado no centro da parede torácica)
- O tumor expandiu-se para os gânglios linfáticos localizados abaixo ou acima da clavícula); (6) estar a realizar tratamentos oncológicos; (7) ter sido diagnosticada há menos de um ano. Os critérios de exclusão foram: (1) ter

antecedentes de doença psiquiátrica; (2) ter um cancro no estágio 0 ou IV (Tumor já disseminado, isto é, com metástases em várias localizações).

A Tabela 1 sumaria os dados sociodemográficos e clínicos das participantes:

Tabela 1

Características Demográficas e Clínicas (N=40)

Variável	N	%	M	DP
Idade			49.71	2.7
31-45	9	22		
46-55	9	22		
56-65	13	31.7		
>65	9	22		
Estado civil				
Solteira	5	12.2		
Separada	1	2.4		
Divorciada	6	14.6		
Casada	26	63.4		
Viúva	1	2.4		

União facto	1	2.4
Educação		
Ensino básico incompleto	4	22.2
Ensino básico (6º ano)	2	11.1
Ensino preparatório	4	22.2
Ensino secundário (12º ano)	4	22.2
Licenciatura	2	11.1
Mestrado	1	5.6
Tipo de tratamentos		
Cirurgia e Hormonoterapia	1	4.2
Cirurgia e Quimioterapia	8	33.3
Cirurgia	1	4.2
Cirurgia, Quimioterapia neoadjuvante e Hormonoterapia	1	4.2
Cirurgia e Radioterapia	1	4.2
Cirurgia, Radioterapia e Quimioterapia	9	37.5
Cirurgia, Quimioterapia e		

Hormonoterapia	1	4.2
<hr/>		
Tipo cirurgia		
Cirurgia Conservação	4	16.7
Mastectomia	16	66.7

Instrumentos

Os instrumentos utilizados para medir as variáveis estudadas foram os seguintes:

- Questionário Sociodemográfico: este questionário está construído de forma a recolher informação referente aos Dados Pessoais; Dados sobre Educação e Situação Profissional; Dados sobre Saúde Física e Mental; e Dados relativos ao Cancro da Mama; inclui questões fechadas (dados pessoais, dados sobre educação e situação profissional, dados sobre saúde física e mental) e questões abertas (informação relativa ao cancro da mama);

- Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) - para a avaliação dos índices de depressão e ansiedade utilizou-se a “Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão” (HADS), na sua versão traduzida e validada para a população portuguesa. Escala de autorresposta desenvolvida por Zigmond e Snaith (1983), e que tem como objetivo identificar de forma válida, fiel e

prática sintomas de depressão e ansiedade. Apresenta como importante vantagem sobre outras escalas o facto de ter sido concebida de forma a evitar indicadores físicos, que pudessem induzir em erro na avaliação de populações com doença. A versão portuguesa da escala (Pais-Ribeiro et al., 2007) revela ser de fácil compreensão, resposta rápida e bem aceite pelos respondentes, para além de ter provado ser um instrumento fiel, válido e sensível (Silva, I. L., Pais-Ribeiro, J. L., Cardoso, H., 2008);

- Mini-MAC (Escala de Ajustamento ao Cancro) - O Mini-MAC é um questionário com 29 itens desenvolvido por Watson e col. (1994), a partir da experiência com a versão original da MAC (Watson et al., 1988) da qual se aproveitaram 16 dos 40 itens da MAC original. Os 29 itens da Mini-MAC distribuem-se por cinco dimensões: “Desânimo- -Fraqueza” que inclui oito itens; “Preocupação Ansiosa” que inclui oito itens; “Espírito de Luta” que inclui quatro itens; “Evitamento Cognitivo”, que inclui quatro itens; e “Fatalismo” que inclui cinco itens. Cada item é uma afirmação que descreve reações dos doentes ao cancro. O doente deverá responder, numa escala ordinal de cinco posições (entre “não se aplica de modo nenhum a mim” até “aplica-se totalmente a mim”) consoante ele entende que teve aquela reação ou não. As notas, consoante a dimensão, variam entre 4 e 40. A Mini-MAC é uma escala multidimensional (ou seja é composta por várias dimensões) que não fornece um resultado total i.é, que não permite somar as notas num único score (Pais-Ribeiro, J. L., Ramos, D., Samico, S., 2003).

Procedimento

Obteve-se o consentimento informado de todas as participantes (de ambos os grupos mencionados). As participantes preencheram os Questionários Sociodemográfico e de Autorrelato (HADS e Mini- MAC). Foi garantida a Presença e disponibilidade do Investigador para ajudar as participantes se necessário no preenchimento dos questionários, assim como foi garantida a confidencialidade e privacidade no momento de preenchimento dos questionários. No caso da amostra recolhida no Centro de Mama, as participantes preencheram o Questionário e os instrumentos de autorrelato num

gabinete, com o investigador e a participante. No caso da amostra recolhida na comunidade, as participantes preencheram o mesmo Questionário e instrumentos de autorrelato, nas suas casas, na presença apenas do investigador.

Análise de Dados

A análise de dados foi realizada pelo programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences versão 22). Usou-se o Coeficiente de Correlação de *Pearson* para correlacionar as Estratégias de *Coping* as Análises de Regressão Linear Múltiplas foram utilizadas para testar se as Estratégias de *Coping* mais pobres eram preditoras de níveis superiores de Ansiedade e Depressão, e para testar se as Estratégias de *Coping* mais positivas eram preditoras de níveis inferiores de Ansiedade e Depressão.

Resultados

Os resultados apresentados estão organizados de forma a responder às questões de investigação que orientam este estudo, bem como a testar as hipóteses formuladas. Primeiro apresentam-se as estatísticas descritivas, com vista à caracterização das participantes quanto às variáveis Ansiedade, Depressão e Estratégias de *Coping*.

A observação da tabela 2, permite concluir que as participantes com cancro da mama se encontraram mais ansiosas do que deprimidas, apresentando mesmo valores *borderline* (8-12) na subescala Ansiedade.

Tabela 2

Médias e desvios-padrão da Ansiedade e Depressão (N=40)

HADS	M	DP	Mínimo	Máximo
Ansiedade	8.83	.797	1	20
Depressão	7.10	.729	0	18

A observação da tabela 3, revela que as participantes recorrem mais às Estratégias de *Coping*, Preocupação Ansiosa, Fatalismo e Desânimo-Fraqueza do que à Estratégia de *Coping*, Espírito de Luta.

Tabela 3

Médias e desvios- padrão das Estratégias de Coping (N=40)

Mini-MAC	M	DP	Mínimo	Máximo
Desânimo- Fraqueza	14.55	4.75	8	24
Preocupação Ansiosa	19.48	6.18	8	32
Espírito de Luta	12.98	2.38	6	16
Evitamento Cognitivo	12.38	2.49	6	16
Fatalismo	15.20	2.72	7	20

Para testar a primeira hipótese, realizou-se uma Correlação de *Pearson* para avaliar a relação entre Ansiedade e Depressão e as Estratégias de *Coping*. Os resultados apresentados na tabela 4 mostram que a Ansiedade e o Desânimo- Fraqueza correlacionaram-se de forma significativa, positiva e forte, tal como a Ansiedade e a Preocupação Ansiosa. A Ansiedade e o Espírito de Luta correlacionaram-se de forma significativa, negativa e fraca. A Depressão também se correlacionou de forma significativa, positiva e forte com o Desânimo- Fraqueza. Com a Preocupação Ansiosa, correlacionou-se de forma significativa, positiva mas moderadamente. Com o Espírito de Luta, correlacionou-se de forma também significativa, mas negativa e fraca.

Tabela 4

Correlações significativas de Pearson entre as Estratégias de Coping e a Ansiedade e Depressão (N=40)

	Mini- MAC Desânimo- Fraqueza	Preocupação Ansiosa	Espírito de Luta
Ansiedade	.703**	.734**	-.354**
Depressão	.753**	.641**	-.378**

* $p < .05$; ** $p < .01$

Conclui-se portanto que os aumentos na Ansiedade e na Depressão estão correlacionados com o Desânimo- Fraqueza e Preocupação Ansiosa, e que o Espírito de Luta está correlacionado com a diminuição da Ansiedade e da Depressão ainda que de forma fraca. Não foram encontradas correlações significativas entre as Dimensões Evitamento Cognitivo e Fatalismo e a Ansiedade e Depressão ($p > .05$).

Para testar a segunda hipótese, uma Análise de Regressão Linear Múltipla foi usada para testar se as Estratégias de *Coping* mais pobres eram preditoras de níveis superiores de Ansiedade e de Depressão. Das cinco Variáveis Independentes foram incluídas as Estratégias de *Coping* Desânimo- Fraqueza e Preocupação Ansiosa na Análise de Regressão, dado que se mostraram significativamente correlacionadas com as variáveis a prever, Ansiedade e Depressão. Na primeira Análise de Regressão a variável dependente incluída foi a Depressão e as variáveis independentes foram o Desânimo- Fraqueza e a Preocupação Ansiosa.

Os resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla, apresentados na tabela 5, indicam que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 57% da variância, $R^2 = .570$, $F(2, 37) = 24.49$, $p = .000$ ($p < .05$). O Desânimo- Fraqueza, $\beta = .659$, $t = 3.69$, $p = .000$, 95% CI (.289, .990) foi preditor significativo da Depressão, e a Preocupação Ansiosa, $\beta = .116$, $t = .651$, $p = .519$, 95% CI (-.183, .356) não foi preditor significativo da mesma.

Tabela 5

Preditores de Depressão

Variável	Depressão		
	B	beta	95% CI
Desânimo- Fraqueza	.639	.659***	(.289,.990)
Preocupação Ansiosa	.087	.116	(-.183, .356)
R^2		.570	
F		24.49***	

Nota. $N = 40$. CI = intervalo de confiança.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Na segunda Análise de Regressão, a variável dependente incluída foi a Ansiedade e as variáveis independentes foram o Desânimo- Fraqueza e a Preocupação Ansiosa. Os resultados, apresentados na tabela 6, da Análise de Regressão Linear Múltipla indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 57% da variância, $R^2 = .577$, $F(2, 37) = 25.279$, $p = .000$ ($p < .05$). O Desânimo- Fraqueza, $\beta = .323$, $t = 1.830$, $p = .075$, 95% CI (-.035, .722) não foi preditor significativo da Ansiedade, já a Preocupação Ansiosa, $\beta = .477$, $t = 2.69$, $p = .010$, 95% CI (.097, .680) revelou ser preditor significativo da Ansiedade.

Tabela 6

Preditores da Ansiedade

Variável	Ansiedade		
	B	beta	95% CI
Desânimo- Fraqueza	.343	.323	(-.035, .722)
Preocupação Ansiosa	.388	.477**	(.097, .680)
R^2		.577	
F		25.279***	

Nota. $N = 40$. CI = intervalo de confiança.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Concluindo, uma maior utilização da estratégia de *coping* de Desânimo-Fraqueza foram preditores de níveis superiores de Depressão, enquanto níveis superiores de Preocupação Ansiosa foram preditores de níveis superiores de Ansiedade. Confirma-se portanto a Hipótese 2.

Para testar a terceira hipótese realizou-se uma Análise de Regressão Linear Múltipla. Procurou-se analisar as Estratégias de *Coping* (Espírito de luta) era preditor de níveis inferiores de Ansiedade e Depressão. Das cinco variáveis independentes foi incluída a Estratégia de *Coping* positiva Espírito de Luta, dado que se mostrou significativamente correlacionada com a Ansiedade e Depressão. Na primeira Análise de Regressão a variável dependente incluída foi a Depressão e a variável independente foi o Espírito de Luta.

Os resultados da Análise de Regressão Linear Múltipla, apresentados na tabela 7, indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 14% da variância, $R^2 = .143$, $F(1,38) = 6.34$, $p = .016$ ($p < .05$). O Espírito de Luta, $beta = -.378$, $t = -2.518$, $p = .016$, 95% CI (-1.322, -.144) foi preditor significativo da Depressão.

Tabela 7

Preditores da Depressão

Variável	Depressão		
	B	beta	95% CI
Espírito de Luta	-.733	-.378**	(-1.322, -.144)
R^2		.143	
F		6.34**	

Nota. $N = 40$. CI = intervalo de confiança.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Na segunda Análise de Regressão a variável dependente incluída foi a Ansiedade e a variável independente foi o Espírito de Luta. Os resultados, apresentados na tabela 8, da Análise de Regressão Linear Múltipla indicaram que o modelo de regressão é estatisticamente significativo e explica 13% da variância, $R^2 = .132$, $F(1,38) = 5.79$, $p = .021$ ($p < .05$). O Espírito de Luta, $beta = -.364$, $t = -2.408$, $p = .021$, 95% CI (-1.417, -.123) foi preditor significativo de Ansiedade.

Tabela 8

Preditores da Ansiedade

Variável	Ansiedade		
	B	beta	95% CI
Espírito de Luta	-.770	-.364*	(-1.417, -.123)
R^2		.132	
F		5.79*	

Nota. $N = 40$. CI = intervalo de confiança.

* $p < .05$. ** $p < .01$. *** $p < .001$

Concluindo, níveis superiores de Espírito de Luta foram preditores de níveis inferiores de Ansiedade e de Depressão. Confirma-se portanto a Hipótese 3.

Discussão

A Depressão e a Ansiedade são das perturbações psicológicas mais comumente observadas em pacientes com cancro da mama (Vickberg, 2001). E a incidência de distress psicológico entre as pacientes com cancro da mama faz sobressair a importância de estudar o ajustamento mental nesta população (Burgess et al., 2005). O *Coping* é um conjunto de esforços cognitivo-comportamentais em permanente mudança e que permitem a gestão de exigências tanto ambientais como internas, que são percebidas pelo indivíduo como difíceis e para além dos recursos deste (Lazarus & Folkman, 1984), sendo portanto fulcral quer para combater ou reforçar sintomatologia ansiosa e/ou depressiva. Assim, o presente estudo teve como objetivo analisar o impacto das Estratégias de *Coping* na Ansiedade e Depressão, em mulheres com cancro da mama.

Primeiro procurámos testar quais as Estratégias de *Coping* que se correlacionavam de forma significativa com a Ansiedade e Depressão. Como

tínhamos previsto, houve correlações significativas entre a Ansiedade e Depressão e algumas Estratégias de *Coping*, nomeadamente o Desânimo-Fraqueza, a Preocupação Ansiosa e o Espírito de Luta, não se verificou, contudo, relações significativas entre Ansiedade e Depressão e o Evitamento Cognitivo e o Fatalismo. O que vai de encontro aos estudos que referem que o ajustamento mental à doença oncológica implica a utilização de estratégias de *coping* que permitem à mulher lidar com o desgaste emocional e a percepção de falta de controlo sobre a doença (Varela & Leal, 2007), sendo portanto de salientar que o *Coping* e o estado emocional se influenciam mutuamente (Celik *et al.*, 2009). Ou seja, o *Coping* com o cancro deve ser entendido como um processo dinâmico, que implica a utilização de estratégias que permitem à mulher lidar com o desgaste emocional e a percepção de falta de controlo sobre a situação, o que lhes possibilita recorrer a estratégias que visam a resolução do problema (Varela & Leal, 2007). Não foi possível, contudo, corroborar estudos, tais como os de Silva (2012) que observaram uma relação positiva entre os sintomas de ansiedade e depressão, quando associadas à adoção de estratégias do tipo Fatalismo (Silva, 2012) ou os de Holahan e Moss 1987, cit. por Martins (2006), que demonstraram uma associação positiva entre o *coping* de evitamento cognitivo, e mal-estar psicológico (Holahan & Moss, 1987, cit. por Martins, 2006). Por outro lado, os nossos resultados vão de encontro aos encontrados por Classen, Koopman, Angell e Spiegel (1996) também não encontrou correlações significativas entre o distress psicológico e a estratégia de *Coping* Fatalismo (Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996).

Na segunda hipótese, procurou-se testar se as Estratégias de *Coping* mais pobres (Desânimo-fraqueza, Preocupação ansiosa, Evitamento cognitivo e Fatalismo) prediziam maiores níveis de Ansiedade e Depressão. Tal como se tinha previsto, verificou-se que o Desânimo-Fraqueza e a Preocupação Ansiosa estavam positivamente correlacionados com a Ansiedade e Depressão. Da primeira análise de regressão linear múltipla, só o recurso à estratégia de *coping* Desânimo-Fraqueza se mostrou preditor significativo de níveis mais altos de Depressão, o que corrobora o estudo realizado por Tojal e Costa (2014), que tinha como objetivo avaliar o ajustamento mental ao cancro da mama em mulheres portuguesas, que o recurso mais frequente à estratégia de

coping Desânimo- Fraqueza era preditor de maior sintomatologia depressiva (Tojal & Costa, 2014). Da segunda análise de regressão linear múltipla só a maior utilização da Estratégia de *Coping* Preocupação Ansiosa foi preditor de níveis superiores de Ansiedade. Contudo não foi possível verificar um outro resultado do estudo realizado por Tojal e Costa (2014), que revelou que o maior recurso à estratégia Desânimo- Fraqueza predizia níveis superiores de sintomatologia ansiosa (Tojal & Costa, 2014)

Relativamente à terceira hipótese, procurou-se testar se as Estratégia de *Coping* positiva (Espírito de luta) era preditor de baixos níveis de Ansiedade e Depressão. Esta relação, já tinha sido comprovada a relação entre certos tipos de *Coping* e a adaptação física e psicológica ao cancro da mama. Por exemplo, Stanton *e col.* (2000) demonstraram que uma das estratégias positivas para adaptação ao cancro era o *Coping* expressivo . Esta forma de *Coping* estava relacionada com melhorias na qualidade de vida nestas pacientes, já que os resultados mostraram que as mulheres que adotavam como estratégia de *coping* a expressão emocional durante o cancro demonstravam uma maior saúde física e também menor distress (Stanton *et al.*, 2000). Outros estudos mais antigos referem que ilusões positivas, tais como otimismo irrealista e percepções exageradas de controlo, são comumente associadas a um ajustamento bem-sucedido a eventos extremamente adversos, como o cancro da mama (Taylor & Armor, 1996).

Os resultados encontrados neste estudo confirmam a hipótese, verificando-se que a Estratégia de *Coping* Espírito de luta é preditor significativo de menores níveis de Ansiedade e Depressão. Este resultado corrobora o estudo realizado por Classen, Koopman, Angell e Spiegel (1996) que demonstraram que o Espírito de Luta, juntamente com a expressão emocional, estava associado a um melhor ajustamento ao cancro da mama (Classen, Koopman, Angell & Spiegel, 1996).

A confirmação das hipóteses de estudo parece ser consistente com os vários estudos que demonstram que o recurso a Estratégias de *Coping* como o Espírito de Luta, está mais associado a menor distress psicológico e a uma maior qualidade de vida. Enquanto o recurso a Estratégias de *Coping* como o Desânimo-fraqueza e Preocupação Ansiosa não estão associadas a um bom

prognóstico, podendo piorar os sintomas de Ansiedade e Depressão que por sua vez podem ter um impacto negativo na adesão e sucesso terapêuticos.

Conclusão

Os resultados encontrados no nosso estudo parecem ir de encontro aos estudos de Celik (2009) e Stanton (2006), que concluíram que o *Coping* é essencial para a adaptação psicológica ao Cancro da Mama, e de que este (nas suas diversas expressões) pode ter um impacto tanto positivo como negativo na saúde mental, podendo tornar a paciente, vulnerável ou não, a Perturbações de Humor e de Ansiedade.

Embora o Espírito de Luta adotado pelas pacientes com cancro da mama apareça referenciado na literatura como indicador de um melhor ajustamento e prognóstico (Stanton *et al.*, 2006), nem sempre todos os estudos o corroboram (Watson, Havilland, Greer, Davidson & Bliss, 1999), o que faz crer que é necessário analisar as metodologias utilizadas nos diversos estudos antes de se generalizar estas conclusões. Contudo o impacto demonstrado de certas Estratégias de *Coping*, como o Desânimo- Fraqueza e a Preocupação Ansiosa no desenvolvimento de sintomatologia ansiosa e depressiva, torna-se necessário salientar o estudo realizado por Hung *e col.* (2013). Estes autores referem as Perturbações de Humor e Ansiedade como tendo um impacto significativo na adesão terapêutica e na qualidade de vida, podendo influenciar os resultados dos tratamentos (Hung *et al.*, 2013). Com este estudo esperamos dar um contributo para a compreensão do ajustamento a esta condição tão desafiante que é o Cancro de Mama, assim como aos desafios que os tratamentos oncológicos exigem.

Limitações do Estudo

A limitação deste estudo prende-se com a dificuldade em obter uma amostra mais significativa. O fato do estudo ser transversal e não longitudinal, ou seja a impossibilidade de estabelecer relações causais porque o estudo não

prova a existência de uma sequência temporal entre a utilização das estratégias de *coping* e o subsequente desenvolvimento, ou não, de Ansiedade e Depressão. Dado que a amostra foi recolhida no norte do país é difícil generalizar os resultados para toda a população de Portugal.

Referencias Bibliográficas

- Antoniazzi, A., Dell` Aglio & Bandeira, D. (1998). O conceito de *coping*: uma revisão teórica. *Estud. psicol.* (Natal). vol.3 no.2. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X1998000200006&script=sci_arttext.
- Burgess, C., Cornelius, V., Love, S., Graham, J., Richards, M., & Ramirez, A. (2005). Depression and anxiety in women with early breast cancer: five year observational cohort study. *British Medical Journal*, 330 (7493). doi:10.1136/bmj.38343.670868.D3.
- Celik, O., Gorken, I., Sahin, S., Orcin, E., Alayalin, H., Kinay, M. (2009). Depression and anxiety levels in woman under follow-up for breast cancer: relationship to coping with cancer and quality of life. *Med Oncol*, DOI 10.1007/s12032-009-9181-4.
- Classen, C., Koopman, C., Angell, K. & Spiegel, D. (1996). Coping styles associated with psychological adjustment to advanced breast cancer. *Health Psychology*. Vol. 15 (6), 434-437. <http://dx.doi.org/10.1037/0278-6133.15.6.434>.
- Drageset, S. & Lindstrom, T.C. (2005). Coping with a possible breast cancer diagnosis: demographic factors and social support. *Journal of Advancing Nursing*. Vol. 51(3): 217- 226. DOI: 10.1111/j.1365-2648.2005.03495.x · Source: PubMed.

Fernandes, S. M. R. (2009). *Preditores Psicossociais do Ajustamento à Doença e Tratamento em Mulheres com Cancro na Mama: O Papel do Estado Emocional, das Representações de Doença, do Optimismo e dos Benefícios Percebidos* (Tese de Doutoramento, Universidade do Minho). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/9809/1/tese%2520final.pdf>.

Frick, E., Tyroller, M. & Panzer, M. (2007). Anxiety, depression and quality of life of cancer patients undergoing radiation therapy: a cross-sectional study in a community hospital outpatient centre. *European Journal of Cancer Care*. Vol. 16 (2): 130- 136.

Greer, S., Morris, T. & Pettingale, K. W. (1979). Psychological Response to Breast Cancer: Effect on Outcome. *The Lancet*. Vol. 314 (8146): 785-787.

Hung, Y., Liu, J. C., Tsai, C., Hung, M., Tzeng, C., Liu, C. Y., Chen, T. (2013). Incidence and risk of mood disorders in patients with breast cancers in Taiwan: a nationwide population-based study. *Psycho-Onchology*. Vol. 22, 2227–2234. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/pon.3277/abstract?userIsAuthenticated=false&deniedAccessCustomisedMessage=>.

Iwamitsu, Y., Shimoda, K., Abe, H., Tani, T., Okawa, M., Buck, R. (2005). Anxiety, Emotional Suppression, and Psychological Distress Before and After Breast Cancer Diagnosis. *Psychosomatics*. Vol. 46, 19- 24.

- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer. Disponível em: <https://books.google.pt/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&dq=folkman+lazarus+coping&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwujvZLBsqrKAhUBsxQKHTIHBPAQ6AEIHjAA#v=onepage&q=folkman%20lazarus%20coping&f=false>.
- Lueboonthavatchai, P. (2007). Prevalence and Psychosocial Factors of Anxiety and Depression in Breast Cancer Patients. *J Med Assoc Thai*. Vol. 90 (10): 2164-74. Disponível em: <http://www.medassothai.org/journal>.
- Martins, T. (2006) - Acidente vascular cerebral. Qualidade de vida e bem-estar dos doentes e familiares cuidadores. Coimbra : Formasau.
- Mehnert, A. & Koch, U. (2007). Psychological comorbidity and health-related quality of life and its association with awareness, utilization, and need for psychosocial support in a cancer register-based sample of long-term breast cancer survivors. *Journal of Psychosomatic Research*. Vol. 64 (2008): 383-391.
- Moreira, H., Silva, S. & Canavarro, M. C. (2008). Qualidade de vida e ajustamento psicossocial da mulher com cancro da mama: do diagnóstico à sobrevivência. *Psicologia, Saúde e Doenças*. Vol. 9 (1): 165- 184.
- Nordin, K., Berglund, G., Glimelius, B., Sjoden, P. (2001). Predicting anxiety and depression among cancer patients: a clinical model. *European Journal of Cancer*. Vol. 37(3): 376- 384. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0959804900003981>.

- Oudsten, B., Heck, G., Van der Steeg, A., Roukema, J. & De Vries, J. (2008). Predictors of depressive symptoms 12 months after surgical treatment of early-stage breast cancer. *Psycho-Oncology*. DOI: 10.1002/pon.1518.
- Pais- Ribeiro, J. L., Ramos, D., Samico, S. (2003). Contribuição Para Uma Validação Conservadora Da Escala Reduzida De Ajustamento Mental Ao Cancro (Mini-Mac). *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 4(2), 231-247. Disponível em: <file:///C:/Users/a21400797/Downloads/58.pdf>.
- Pinho, A. (2015). *Estratégias de Coping, Qualidade de Vida e Distress Psicológico em Doentes com Cancro Ginecológico e da Mama*. (Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia da Saúde e Reabilitação Neuropsicológica). Universidade de Aveiro. Disponível em: <http://ria.ua.pt/bitstream/10773/15438/1/Disserta%C3%A7%C3%A3o.pdf>.
- Sanaiah, A. R. & Zainal, N.Z. (2010). *Anxiety, Depression and Coping Strategies in Breast Cancer Patients on Chemotherapy*. Department of Psychological Medicine, Faculty of Medicine, University of Malaya, 50603 Kuala Lumpur, Malaysia.
- Satin, J., Linden, W., Phillips, M. (2009). Depression as a predictor of disease progression and mortality in cancer patients. *Cancer*. Vol. 115, 5349-5361. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.24561/full>.
- Schwarz, R., Krauss, O., Höckel, M., Meyer, A., Zenger, M., Hinz, A. (2008). The Course of Anxiety and Depression in Patients with Breast Cancer and Gynaecological Cancer. *Breast Care*. Vol. 3, 417-422.

- Sharples, C.F., & Christie, D. R. H. (2007). How I was then and how I am now: Current and retrospective self-reports of anxiety and depression in Australian women with breast cancer. *Psycho-Oncology*. Vol. 16, 752-762.
- Silva, I. L., Pais-Ribeiro, J. L., Cardoso, H. (2008). Contributo para a adaptação para a população portuguesa de uma escala de avaliação da qualidade de vida específica para doentes com obesidade: A Orwell- 97. *Psicologia, Saúde & Doenças*. Vol. 9(1), 29-48. Disponível em: <file:///C:/Users/a21400797/Downloads/140.pdf>.
- Silva, J. F. (2012). *Estratégias de Coping, Ansiedade e Depressão em Pais de Crianças com Leucemia*. (Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de: Mestre em Psicologia Aplicada Especialidade em Psicologia Clínica). Instituto Universitário Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Portugal.
- So, W., Marsh, G., Ling, W., Leung, F., Loe, J., Yeung, M., Li, G. (2010). Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. *European Journal of Oncology Nursing*. Vol. 14, 17-22. Disponível em: [http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(09\)00098-2/fulltext?mobileUi=0](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(09)00098-2/fulltext?mobileUi=0).
- Sonnentag, T. & Barnett, M. (2011). Emotional Self-Regulation. In *Encyclopedia of Child Behavior and Development* (pp 577-578). Springer US.

- Stanton, A., Danoff- Burg, S., Cameron, C., Bishop, M., Collins, C., Kirk, S., Sworowski, L. (2000). Emotionally Expressive Coping Predicts Psychological and Physical Adjustment to Breast Cancer. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. Vol. 68, No. 5, 875-882.
- Stanton, A. & Low, C. (2006). Expressive Disclosure and Benefit Finding Among Breast Cancer Patients: Mechanisms for Positive Health Effects. *Health Psychology*. Vol. 25 (2), 181- 189.
- Taylor, S. E. & Armor, D. (1996). Positive Illusions and Coping with Adversity. *Journal of Personality*. Vol. 64 (4), 873-898. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-6494.1996.tb00947.x/full>.
- Tojal, C. & Costa, R. (2014). Ajustamento mental ao cancro da mama: papel da depressão e suporte social. *Psic., Saúde & Doenças*. Vol.15 (3). Disponível em: http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862014000300017.
- Urbano, R. (2010). *Ansiedade, Depressão e Estratégias de Coping em Pacientes com Cancro de Mama*. (Tese submetida como requisito parcial para a obtenção do grau de: Mestre em Psicologia Aplicada Especialidade Área Clínica). Instituto Superior de Psicologia Aplicada. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/3607/1/12654.pdf>.

- Vahdaninia, M., Omidvari, S. & Montazeri, A. (2009). What do predict anxiety and depression in breast cancer patients? A follow-up study. *Soc Psychiat Epidemiol*. Vol. 45, 355-361.
- Varela, M., & Leal, M. (2007). Estratégias de *coping* em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, 23, 479-488.
- Vickberg SMJ. Fears about breast cancer recurrence. *Cancer Pract*. 2001;9(5):237–43. doi:10.1046/j.1523-5394.2001.009005237.x.
- Watson, M., Havilland, J. S., Greer, S., Davidson, J. & Bliss, J. M. (1999). Influence of psychological response on survival in breast cancer: a population-based cohort study. *The Lancet*. Vol. 354. Disponível em: <http://eprints.soton.ac.uk/365395/1/Influence%20of%20psychological%20response%20on%20survival%20in%20breast%20cancer.pdf>.